



Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Modificações em uma UBS localizada na periferia de Macapá- AP.

RODOLFO MAIA ARRUDA

NATAL/RN
2018

Modificações em uma UBS localizada na periferia de Macapá- AP.

RODOLFO MAIA ARRUDA

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: [MARILIA RUTE DE SOUTO MEDEIROS](#)

(Elemento Opcional)
DEDICATÓRIA

(Elemento Opcional)
AGRADECIMENTOS

RESUMO

A primeira microintervenção foi baseada na observação da realidade na UBS em qual atuo e nela tive como proposta a realização da busca ativa dos pacientes faltosos. Na segunda atividade abordei uma forma de organização do agendamento das consultas médicas com o intuito de oferecer maior acesso dos usuários. Na terceira atividade intervi na comunidade organizando um grupo de grávidas no qual eram sanadas todas suas dúvidas com palestras/reuniões etc. Na quarta intervenção realizei a busca ativa das crianças com consultas de puericultura atrasada. Já na Quinta atividade organizei uma planilha para monitorarização dos pacientes com transtornos mentais. E por fim na última microintervenção pude interferir e analisar os pacientes com doenças crônicas.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	07
CAPÍTULO 1	08
CAPÍTULO 2	11
CAPÍTULO 3	13
CAPÍTULO 4	15
CAPÍTULO 5	18
CAPÍTULO 6	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES	00
ANEXOS	00

APRESENTAÇÃO

O trabalho seguinte irá abordar sobre o cotidiano de uma UBS localizada na área periférica de Macapá- AP. Trata-se de uma coletânea de seis relatos de experiência, construindo a partir de microintervenções no território no qual atuo.

O estudo foi realizado em uma UBS localizada em uma área periférica da cidade de Macapá- AP. Neste bairro os índices de violência, criminalidade e falta de saneamento básico são elevados. Eu atuo nessa comunidade há menos de um ano como médico, oriundo de São Luís- MA em busca do primeiro emprego.

Nesse pouco tempo que atuo pude aprender mais sobre a realidade local e através das microintervenções pude alterar positivamente a forma do atendimento e o fortalecimento do vínculo Paciente/ESF.

Por fim, para que possam entender e conhecer a cerca do trabalho convido a todos para seguimento da leitura.]

CAPÍTULO I: **Observação na Unidade de Saúde**

Diante do meu processo de trabalho como profissional de saúde dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), percebi diante do agendamento específico para cada grupo de risco (crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos), dados onde um grupo me chamou bastante atenção: o de hipertensos e diabéticos. Observei que o acompanhamento deles era precário. Alguns passavam anos sem retorno de consulta. O resultado não poderia ser outro: a maioria era hipertenso ou diabético descompensado.

Em meio a tudo isso, fui assistindo as aulas da especialização em curso. Como tarefa do módulo 4 da unidade observacional da UBS, foi proposto a elaboração de uma microintervenção. Diante disto, tive como ideia realizar um controle do tempo entre a primeira consulta e a consulta de retorno dos pacientes hipertensos e diabéticos descompensados. Naqueles em que o tempo fosse superior a 90 dias, iríamos fazer uma busca ativa. Com isso, fortaleceria o vínculo com os pacientes otimizando a relação médico paciente e a coordenação do cuidado. Além de evitar com que esses pacientes fujam do tratamento, outro benefício seria a prevenção das complicações como AVC, IAM, cegueira, Insuficiência renal.

Elaborar a microintervenção não foi uma tarefa fácil. Foi necessária bastante leitura sobre o AMAQ, conversas com o Facilitador Pedagógico para, enfim, poder entender. Feito isso o próximo passo foi executar o AMAQ e elaborar a matriz de intervenção. A minha equipe já tinha realizado no ano anterior o AMAQ. Isso foi ótimo por que ali todos já conheciam seu funcionamento. Enfim, após refeito todas as perguntas e as suas devidas classificações, itens a itens, tivemos como surpresa o fato da equipe não executar o item ***“4.9 Pertencente ao subitem k da organização do processo de trabalho. A equipe faz registro e monitoramento das suas solicitações de exames, encaminhamentos às especialidades, bem como os retornos?”***

Pensando na realidade local, nesses quatro meses em que trabalho, pude notar que os pacientes hipertensos e diabéticos recém diagnosticado e/ou descompensados, não compareciam o retorno com o resultado dos exames e

medidas simples como o aferir a pressão arterial para uma reavaliação. A partir disso, em conjunto com a equipe, resolvi criar uma tabela no qual anotarei a partir do mês de maio as consultas com os hipertensos e diabéticos recém diagnosticado e/ou descompensados , ficará registrado a data da primeira consulta e em outro campo a data do retorno, além de ficar escrito também em outro campo o Agente Comunitário de Saúde (ACS), a qual aquele paciente pertence.

Segue abaixo o exemplo do instrumento de avaliação da microintervenção:

Nome	Doença	Primeira consulta	Retorno	ACS	Busca Ativa
Lucas Silva	HAS	02/05/18	02/07/18	Odicléia	Não
Eva Maia	DM	02/05/18	Não	Izabel	Sim

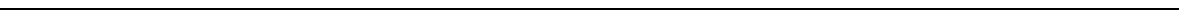
O prazo máximo será de 90 dias entre a primeira consulta e o retorno. Os primeiros resultados estão esclarecedores. Naquele em que ultrapassarem esse prazo, iremos fazer uma busca ativa desses pacientes com intuito de entender o ocorrido. Nesse caso o ACS que tiver a adscrição daquele paciente será o responsável por essa tarefa.

Como principal dificuldade para execução tive o fato de como elaborar a matriz de intervenção e saber o que estava realmente ao nosso alcance para realizar esta mudança. Entramos no consenso de que a construção de uma tabela seria de ótima forma de avaliar a proposta da microintervenção, já que desta forma poderíamos organizar de forma otimizada, concisa e rápida quais são os pacientes mais vulneráveis e que precisam de uma intervenção o mais rápido possível, a fim de manter preservado sua saúde.

Como impacto desta microintervenção pude realizar o exercício de pensar, analisar a situação da minha população adscrita e, a partir disso tentar intervir na

vida dessas pessoas com o meu trabalho. É de fundamental importância do médico da família entender o paciente como todo, suas histórias de vida e o contexto social a qual estão inseridos. Primeiros resultados são extremamente positivos e com certeza estão auxiliando no processo de trabalho de toda equipe no controle epidemiológico deste grupo.

Espero que com a continuidade desta microintervenção possa diminuir o índice dos pacientes descompensados além de fortalecer cada vez mais a relação médico/ESF/paciente. Como uma ideia, porém de aplicação futura diante dos novos resultados desta microintervenção, seria reunir os faltosos e realizar palestras ou ações sobre a importância do controle dessas doenças crônicas. Para isso seria realizado gincanas, atividades físicas e alguns brindes para estimulá-los a serem saudáveis e presentes no controle de suas doenças.



CAPÍTULO II: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada

Com a minha experiência na Atenção Básica (AB), aprendi que o acolhimento começa desde o primeiro contato do paciente na UBS, no qual o mesmo procura ajuda para sanar dúvidas e em grande maioria obter uma palavra de conforto ou solidariedade. Durante o módulo sobre acolhimento e demanda espontânea foi nos levantado as seguintes perguntas: Como é organizada sua agenda na equipe? Quais são as principais dificuldades que você percebe para que sua equipe alcance os objetivos com acesso e com continuidade?

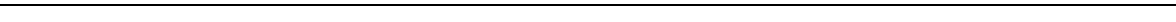
A minha agenda é organizada da seguinte forma:

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Estudo	Visita Domiciliar	Hipertensos/ Diabéticos	PSE= Programa Saúde Escola) Na	Saúde Mulher da
Tarde	Estudo	Pré-Natal	Puericultura	PSE= Programa Saúde Escola) Na	Clínica Médica

As consultas são agendadas com o ACS responsável pelo paciente adscrito. Exceto pacientes que necessitem de acompanhamento com grupos específicos, por exemplo as gestantes e crianças (puericultura). Esses já saem das consultas previamente reagendadas com o médico e/ ou enfermeira. Por turno atendo em média 10 pacientes. Nesses cinco meses que trabalho na ESF percebi algumas dificuldades para o seguimento/ coordenação do cuidado como grande parte das vezes o fato do paciente procurar atendimento na emergência e sem a possibilidade de agendamento em decorrência da demanda. Então, refletindo sobre essa realidade, resolvi reunir com a equipe para debatermos como poderíamos melhorar o acolhimento da população. De fato não foi fácil entrar em consenso. A partir disso percebemos que o prazo para abertura de agenda deveria ser de no máximo uma semana. Então cada ACS agendará a consulta na sexta para o paciente ser atendido já na semana seguinte. Orientei aos ACS para realizar uma pré- triagem

para agendar realmente aos que mais precisam. Dessa forma o paciente que está estável/ assintomático poderá esperar até 2 semanas. Alterei também a quantidade de consultas agendadas para 10 consultas com mais 2 para as emergências. Como trabalho em uma UBS que tem o setor de urgência com outro profissional responsável, quase não atendo esse tipo de consulta. Minha atenção se volta para acompanhamento dos pacientes já em tratamento, porém, que precisam de reavaliação por terem agudização da doença.

Como sugestão orientei que os ACS forneçam seu telefone para contato/ marcação de consulta. Desta forma penso que poderemos estreitar mais a relação paciente/ ESF e atender melhor as suas demandas. Implantei a mudança há 15 dias, já pude notar uma melhora do acesso. Os casos estão mais resolutivos e o vínculo entre profissional e paciente mais próximo. Além da melhora na organização do processo de trabalho. Antes da mudança, cada ACS não possuía um dia fixo pra agendar consultas. Isso acabava atrapalhando por causar confusão no sentido de organizar a agenda com antecedência, causando uma demanda reprimida e filas. Espero que a população possa se beneficiar com as medidas realizadas, com finalidade estreitar a relação paciente/ equipe e que suas necessidades, seus anseios sejam atendidos de forma mais humanizada e resolutiva.



CAPÍTULO III: Planejamento reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

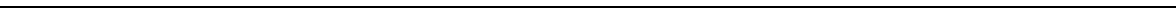
Durante esse módulo pude aprender mais sobre o pré-natal, puerpério e planejamento familiar. Isso foi de fundamental importância para poder identificar e refletir qual era o meu papel na comunidade em que atuo. Como proposta de microintervenção foi sugerido a reflexão sobre itens essenciais do planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério por meio de uma lista na qual teríamos que responder questões a cerca do assunto. O primeiro passo foi reunir toda a equipe e após responder o questionário percebemos que as respostas foram positivas para todas as questões. Toda a equipe de uma forma ou de outra já fornece, acolhe e orienta as grávidas. Mais sempre existe algo que possa ser melhorado. Diante disso, percebemos que todos da equipe poderiam falar sobre as mesmas orientações de forma mais uniforme.

A partir disso, depois de muito debate, tivemos a ideia de realizar algumas mudanças no grupo de gestante já existente. A partir de agora as reuniões serão mensais com a finalidade de orientação sobre os cuidados com a alimentação, com a gravidez de forma geral e o estímulo aos hábitos saudáveis, a importância de realizar todos os exames do pré-natal. Já para aquelas que estiverem próximo ao parto serão orientadas sobre a importância da amamentação, cuidados com os recém-nascidos, sobre o puerpério e sobre os métodos contraceptivos. Isso será realizado através de palestras de cunho informativo e/ ou gincanas com questionários. Para realização dessa microintervenção o primeiro passo foi o planejamento. Existiu a necessidade de reservar um dia na agenda de forma mensal para tal ação. Neste dia todos os membros da equipe deverão ajudar. Os ACS ficarão responsáveis pela adscrição das pacientes, os técnicos de enfermagem pela triagem dessas grávidas e a enfermeira juntamente com o médico da equipe pela elaboração de palestras e de questionários. Nesse dia haverá primeiro a orientação geral, depois o espaço para dúvidas e por fim um momento de descontração com um café da manhã.

Em meados de junho durante a elaboração dessa intervenção tivemos nossa primeira reunião. Durante o evento, pude notar que as gestantes ainda mantêm muitas dúvidas sobre a gravidez, cuidados com os recém-nascidos e sobre a prática de atividade sexuais durante a gravidez e no puerpério. Muitas dúvidas

também foram sanadas e o feedback positivo através das respostas. Ficamos extremamente animados com os primeiros resultados.

Espero que esta microintervenção tenha continuidade e possa fortalecer o vínculo da relação equipe/ paciente a fim de sanar todas as dúvidas das grávidas e possa acolher a mulher nesse período de bastante fragilidade emocional e também reforçar as orientações já repassadas no consultório, na qual diversas vezes, por diversos motivos tendem a ser esquecidos.



CAPÍTULO IV: Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento

Esta microintervenção abordará sobre a realidade da saúde da criança na comunidade em qual atuou. Durante todo este módulo pude aprender mais sobre a saúde da criança em suas múltiplas facetas. Isto foi de fundamental importância para entender quais eram os fatores que contribuíam direta e indiretamente para o adequado desenvolvimento e crescimento das crianças.

Inicialmente foi proposto responder um questionário a cerca da saúde da criança. Diante disso, em conjunto com minha equipe chegamos as seguintes respostas:

QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	X	
A equipe utiliza protocolos voltados para atenção a crianças menores de dois anos?	X	
A equipe possui cadastramento atualizado de crianças até dois anos do território?	X	
A equipe utiliza a caderneta de saúde da criança para o seu acompanhamento?	X	
Há espelho das cadernetas de saúde da criança, ou outra ficha com informações equivalentes, na unidade?	X	
No acompanhamento das crianças do território, há registro sobre:		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Vacinação em dia	X	
Crescimento e desenvolvimento	X	
Estado nutricional	X	
Teste do pezinho	X	
Violência familiar	X	
Acidentes	X	
A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?		
A equipe realiza busca ativa das crianças:		

QUESTÕES	SIM	NÃO
Prematuras	X	
Com baixo peso	X	
Com consulta de puericultura atrasada		X
Com calendário vacinal atrasado	X	
A equipe desenvolve ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças até seis meses?	X	
A equipe desenvolve ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses da criança?	X	

Após respondermos o questionário, podemos perceber que nossa equipe acabava negligenciando um item muito importante que era a busca ativa das crianças em puericultura com consultas atrasadas.

Segundo o Ministério da Saúde durante a puericultura são necessárias sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário.

Diante disto, após inúmeras discussões entre os membros da equipe sobre o que poderíamos fazer para mudar essa realidade (tarefa esta que não foi fácil) finalmente entramos em consenso e traçamos uma tabela no qual poderíamos visualizar e planejar as buscas ativas das crianças com consultas atrasadas. Segue abaixo um exemplo com dados meramente ilustrativos:

Nome	Pedro Henrique Silva
ACS	Maria Claudia Costa

Consultas	Data da consulta	Compareceu a consulta ?	Ações
1ª semana	10/07/18	SIM	
1º mês	03/08/18	NÃO	Busca Ativa
2º mês	03/09/18		
4º mês	03/11/18		

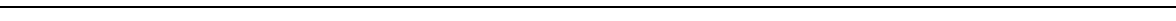
6º mês	03/01/19		
9º mês	03/04/10		
12º mês	03/07/19		
18º mês	03/01/20		
24º mês	03/07/20		

Na minha agenda semanal disponibilizo um turno para realizar atendimento de puericultura. Na primeira consulta já marco o retorno da criança com a finalidade de programar aquela mãe para trazer seu filho em uma consulta posterior.

Após realizar o atendimento, disponibilizarei um tempo para conferir quais crianças faltaram e quando identificar uma consulta em que a mãe não compareceu com seu filho, iremos realizar a busca ativa, sendo o ACS a qual o paciente é adscrito, responsável por ir até a casa daquela mãe e avaliar qual o motivo da falta. Nestes casos darei prioridade e orientarei o retorno daquela criança à UBS o mais breve possível com o prazo máximo de uma semana.

Sabemos que os primeiros dois anos do desenvolvimento da criança são os mais críticos e que requerem mais atenção. Nesse período a criança passa por inúmeras transformações físicas, sociais e mentais. Por isso, dá-se ênfase no calendário vacinal, no ganho de peso, na estatura e no desenvolvimento do sistema nervoso central, dentre outros. Outro fato muito importante é entender o meio na qual aquele ser vivo está inserido. Orientar os pais sobre dúvidas desse período também faz parte do nosso dever como profissional da atenção básica.

Com a execução dessa microintervenção espero que em um futuro próximo possamos cada vez mais ajudar e intervir diretamente na vida desse menor, garantindo cada vez mais uma saúde de boa qualidade.



CAPÍTULO V: **Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde**

Esta microintervenção abordará sobre a saúde mental na atenção primária. Durante todo o módulo pode-se entender sobre a reforma psiquiátrica no Brasil até chegar a atual situação na atenção básica.

Diante disso, inicialmente foi proposto a construção de uma ficha espelho para podermos utilizar na realização do PMAQ no cenário da saúde psíquica. Após reunião com a equipe e discussão, conseguiu-se elaborar a seguinte planilha.

Nome	Idade	ACS adscrito	Etilismo/ Tabagismo/ Drogas ilícitas	Diagnóstico	Medicamento /dose / quantidade	Data da consulta	Intervalo entre as consultas	Ações
Maria Silva	42	Marcia	Não	Depressão	Escitalopram 10 mg/ 1cp dia/ 60 cps	12/07/18	120 dias	Busca ativa

Exemplo: mês de julho/2018

Os dados acima, são totalmente fictícios, utilizados apenas para ilustrar como seria o preenchimento da planilha.

Através desta ficha mensal, que a princípio pode parecer bem simples, mais de fundamental valia, poderemos registrar e acompanhar a evolução dos pacientes e intervir diretamente, como por exemplo planejar de ações, palestras. Para fazer isso será realizado uma reunião mensal para discutir a cerca dos pacientes psíquicos. Naqueles que identificarmos: ausência da consulta, piora do seu estado, tempo superior a 90 dias entre as consultas ou ainda fatores de risco familiar iremos realizar busca ativa deste paciente em seu domicílio.

Outra finalidade desta planilha será a monitorização das doses medicamentosas. É bem comum que os pacientes psíquicos peçam para renovar suas receitas antes

de acabar a medicação. Alguns destes chegam a tomar dosagem a mais. Com essa tabela consegue-se saber de forma rápida qual foi a dosagem prescrita e saber se realmente está na época certa de trocar a receita e identificar os pacientes que tomam erroneamente suas medicações.

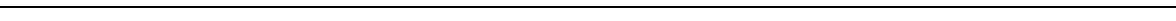
Na minha área adscrita, tenho poucos pacientes com transtorno mental. Quando identifico um paciente de risco procuro dar prioridade para o mesmo e tento sempre analisá-lo e ajudá-lo de forma integral. Sempre atuo em parceria com a psicóloga do NASF da minha UBS.

Um caso, em particular me chamou atenção. Identifiquei durante consulta, uma paciente com fobia social. A mesma pouca conversava durante a consulta. Desviava bastante o olhar, estava triste e teve um momento em que chegou a chorar. Após longa conversa e compreensão do seu quadro resolvi iniciar o tratamento com um antidepressivo(escitalopram) e claro encaminhei para psicóloga do NASF. No retorno, após um mês , a paciente parecia estar bem melhor, mais alegre e receptiva.

Na cidade em que atuo há apenas um CAPS do tipo III, o qual está em processo de regulamentação pelo MS. Há também o CAPS ad destinado a usuário de drogas e alcoolismo em funcionamento. O processo de inclusão desses pacientes dá-se por demanda espontânea e também através de encaminhamento das UBS por intermédio do NASF.

Segundo informações colhidas diretamente com a diretora do CAPS . No meu estado(Amapá) ainda há muitas fragilidades. Como exemplo o CAPS tipo III deveria funcionar 24 horas, mais só funciona de segunda a sexta em horário comercial. Lá são realizadas diversas oficinas com o auxílio de vários profissionais.

Espero que em um futuro próximo, a microintervenção realizada dê resultados através da melhora sintomatológica dos casos, e da diminuição da evasão desses pacientes e lógico do fortalecimento da relação medico/paciente.



CAPÍTULO VI: Atenção à Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde

Para um Relato de Experiência da REDE PEPSUS, você precisará, em um texto único, articulado e coeso, responder às seguintes questões:

-Faça uma breve introdução sobre qual experiência você vai relatar e também procure justificar a importância e o objetivo da sua microintervenção.

-Conte como foi a microintervenção, o passo a passo para ser realizada e o que você e sua equipe aprenderam com ela.

-Fale também das dificuldades e potencialidades em sua execução.

-Que impactos você observou com a microintervenção e o que espera com sua continuidade? O que pode melhorar?

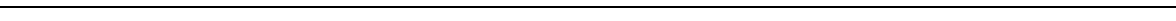
ATENÇÃO!

Um relato de experiência da REDE PEPSUS precisa ter, no mínimo, 2 páginas (Times New Roman ou Arial; espaçamento 1,5).

Para o relato de experiência utilize as perguntas apresentadas aqui para nortear a sua escrita. Contudo, ao redigir o texto, ele deve ter coesão entre as perguntas (encadeamento) para garantir ao produto uma leitura coerente, sequencial sem perder as características da singularidade do território, situação e circunstâncias onde a intervenção está sendo implementada.

Por isso, não deve ser na forma de perguntas e respostas, mas sim em forma de texto!

ATENÇÃO AO INCLUIR FOTOS DE PACIENTES EM SEU RELATO é imprescindível que os rostos dos participantes deverão estar preservados, assegurando a privacidade e não identificação CONFORME PREVISTO NA RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 que dispõe sobre as pesquisas científicas envolvendo seres humanos.



CAPÍTULO VII: Abordagem do Câncer na Atenção Primária à Saúde

Para um Relato de Experiência da REDE PEPSUS, você precisará, em um texto único, articulado e coeso, responder às seguintes questões:

-Faça uma breve introdução sobre qual experiência você vai relatar e também procure justificar a importância e o objetivo da sua microintervenção.

-Conte como foi a microintervenção, o passo a passo para ser realizada e o que você e sua equipe aprenderam com ela.

-Fale também das dificuldades e potencialidades em sua execução.

-Que impactos você observou com a microintervenção e o que espera com sua continuidade? O que pode melhorar?

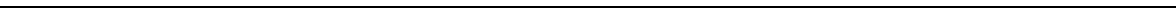
ATENÇÃO!

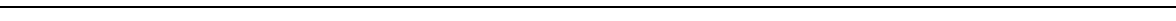
Um relato de experiência da REDE PEPSUS precisa ter, no mínimo, 2 páginas (Times New Roman ou Arial; espaçamento 1,5).

Para o relato de experiência utilize as perguntas apresentadas aqui para nortear a sua escrita. Contudo, ao redigir o texto, ele deve ter coesão entre as perguntas (encadeamento) para garantir ao produto uma leitura coerente, sequencial sem perder as características da singularidade do território, situação e circunstâncias onde a intervenção está sendo implementada.

Por isso, não deve ser na forma de perguntas e respostas, mas sim em forma de texto!

ATENÇÃO AO INCLUIR FOTOS DE PACIENTES EM SEU RELATO é imprescindível que os rostos dos participantes deverão estar preservados, assegurando a privacidade e não identificação CONFORME PREVISTO NA RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 que dispõe sobre as pesquisas científicas envolvendo seres humanos.





CAPÍTULO VIII: Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.

Esta microintervenção abordará sobre a realidade do controle das doenças crônicas não transmissíveis na comunidade em qual atuou. Durante todo este módulo pude aprimorar ainda mais meu conhecimento sobre o universo das doenças crônicas. Isto foi de fundamental importância para entender e refletir como estava desempenhando meu papel na UBS a qual sou adscrito.

Inicialmente foi proposto responder um questionário a cerca do controle das doenças crônicas. Diante disso, em conjunto com minha equipe chegamos as seguintes respostas:

QUESTÕES	Em relação às pessoas com HIPERTENSÃO ARTERIAL		Em relação às pessoas com DIABETES MELLITUS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A equipe realiza consulta para pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus?	X		X	
Normalmente, qual é o tempo de espera (em número de dias) para a primeira consulta de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes na unidade de saúde?	7 dias		7 dias	
A equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com hipertensão?	X			
A equipe avalia a existência de comorbidades e fatores de risco cardiovascular dos usuários hipertensos?	X			
A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?				X
Em relação ao item “A equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus?	X			

A equipe realiza acompanhamento de usuários com diagnóstico de doença cardíaca para pessoas diagnosticadas com hipertensão arterial?	X			
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com hipertensão arterial sistêmica em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?	X			
A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?		X		
Em relação ao item “A equipe possui registro dos usuários com hipertensão arterial sistêmica com maior risco/gravidade?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?		X		
A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?		X		
Em relação ao item “A equipe possui o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?”, se sua resposta foi SIM, existe documento que comprove? Compartilhe um modelo (em branco) no fórum do módulo e troque experiências com os colegas de curso.				
A equipe programa as consultas e exames de pessoas com diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?			X	
A equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?			X	
A equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente em pessoas com diabetes mellitus?			X	

EM RELAÇÃO À ATENÇÃO À PESSOA COM OBESIDADE		
QUESTÕES	SIM	NÃO
A equipe realiza avaliação antropométrica (peso e altura) dos usuários atendidos?	X	
Após a identificação de usuário com obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²), a equipe realiza alguma ação?	X	
Se SIM no item anterior, quais ações?		
QUESTÕES	SIM	NÃO
Realiza o acompanhamento deste usuário na UBS	X	
Oferta ações voltadas à atividade física	X	
Oferta ações voltadas à alimentação saudável	X	
Aciona equipe de Apoio Matricial (NASF e outros) para apoiar o acompanhamento deste usuário na UBS	X	
Encaminha para serviço especializado	X	
Oferta grupo de educação em saúde para pessoas que querem perder peso	X	

Após respondermos o questionário, podemos perceber que nossa equipe acabava negligenciando um item muito importante que era a monitorização do pacientes diabéticos e/ou hipertensos com maior gravidade, além do registro dos encaminhamentos destes.

Depois de muitas discussões chegamos a um consenso que precisávamos registrar esses pacientes mais graves para poder desta forma planejar melhor e executar ações voltadas para este grupo. Diante disso criamos a seguinte planilha:

Nome	HAS	DM	Medicações	Controlado	Encaminhamento	ACS	Ações
Iracema Carvão	SIM	NÃO	Losartana 50mg 1cp/dia	NÃO	SIM	Maria	mudança do tratamento medicamentoso/indicar participação no grupo de risco.

Atualmente atendo todas as quartas feiras pela manhã o grupo hiperdia(hipertensos e diabéticos. Sem dúvidas, este grupo é o que necessita de maior acompanhamento. Pois sabemos que tanto a diabetes como a hipertensão são

causas de maiores morbidades nos pacientes não controlados. Desta forma através dessa planilha posso identificar precocemente e agir nos não controlados conseguindo diminuir as complicações de um uma doença mal controlada.

Espero que em um futuro próximo possamos cada vez mais realizar o controle dos pacientes crônicos bem como contribuir para o ganho significativo de sobrevida e qualidade de vida.

CAPÍTULO IX: Monitoramento e Avaliação

	Resumo	Resultados	
Monitorização dos Hipertensos e Diabéticos	Registro do intervalo das consultas e busca ativa daqueles em que o prazo for superior a 90 dias	Diminuição da evasão dos pacientes	Continuar monitorando e dois dias antes da consulta confirmar a consulta com o paciente.
Organização da agenda médica	Agendamento por grupos de risco e por demanda espontânea	Diminuição do tempo para marcação de consulta	Reduzir o tempo máximo de espera de 15 dias para no máximo 10 dias nos pacientes assintomáticos/ baixo risco
Puericultura Fortalecida	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças	Diminuição da evasão das crianças em puericultura	Fortalecer e intensificar ainda mais a busca ativa através de visitas domiciliares na data anterior a consulta
Operação Pré-natal	Organização de grupo de risco para as gestantes	Melhor esclarecimento das gestantes quanto as suas principais dúvidas.	Aumentar a frequência entre as reuniões antes mensais e a partir de agora quinzenais.
Saúde Mental	Identificação e monitorização dos pacientes com maior vulnerabilidade mental	Fortalecimento do vínculo paciente/ ESF e melhor adesão ao tratamento	Aumentar a realização de visitas domiciliares com o intuito de entender melhor o contexto social do paciente.
Doenças Crônicas	Rastreamento e acompanhamento das doenças crônicas	Melhor esclarecimento e melhora do controle das doenças	Aumento do numero de gincanas/ atividades no grupo dos HIPERDIA (hipertenso + diabético).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral consegui executar todas as microintervenções propostas. Houve uma grande melhora do vínculo paciente/ equipe de saúde. Na marcação de consultas atualmente sempre há vagas disponíveis. O número de faltosos diminuiu principalmente devido a realização da busca ativa. Nos grupos de idosos e grávidas houve uma melhor adesão. Mais lógico há sempre o que melhorar e continuamente toda a equipe está sempre buscando novas ideias e ações para cada vez mais oferecer melhor atendimento a população adscrita.

REFERÊNCIAS

[BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009. 112p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p

APÊNDICES

[Inclua seus apêndices aqui]

ANEXOS

[Inclua seus anexos aqui]

